IZPP Φ INTERNATIONALE ZEITSCHRIFT FÜR PHILOSOPHIE UND PSYCHOSOMATIK
Erstes offenes E-Journal für fächerübergreifende Theoriebildung in Philosophie und Psychosomatik sowie ihren Grenzgebieten
Herausgeber: Wolfgang Eirund und Joachim Heil ISSN: 1869-6880

Menschen mit Demenz im Krankenhaus: Im Spannungsfeld zwischen Systemlogik und Lebenswelt

Eva Quack

Zusammenfassung

Krankenhäuser sind nach Einschätzung der Fachwelt, aber auch zunehmend nach medialer Darstellung in der Öffentlichkeit, ein *gefährlicher Ort* für Menschen mit Demenz.[1] Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich der Beitrag mit der gesamtgesellschaftlichen Herausforderung *Demenz im Krankenhaus* im Kontext von Systemdenkweise und Lebenswelt. Schwerpunkt bilden die Logiken der in der Krankenhausversorgung vorherrschenden Disziplinen Medizin, Ökonomie und Pflege, welche sich auf das direkte Handeln der verschiedenen Akteure in der Versorgung von Demenzerkrankten auswirken. Dem wird die Erlebenswelt der Menschen mit Demenz gegenübergestellt und damit das Spannungsfeld zwischen Systemlogik und Lebenswelt verdeutlicht. Abschließend wird der Frage nachgegangen, welche Rahmenbedingungen gegeben sein müssen, damit eine demenzfreundliche Kultur wachsen und eine patientenorientierte Versorgung im Krankenhaus realisiert werden kann.

Schlüsselwörter

Demenz, Krankenhaus, Lebenswelt, System, Patientenorientierte Pflege, Medizin.

Abstract

Hospitals are according to the assessment among experts and also in media representation a *dangerous* place for people with dementia. Against this background the article deals with the social challenge *dementia in the hospital* in the context of systems thinking and living environment. The focus is set on the logic of the multiple disciplines predominating in clinical care which directly affects the behavior. The world of experience of people with dementia is contrasting to clear and typify the tension between system logic and living environment. This raises the questions of the conditions and prerequisites under which a dementia friendly culture can rise and a person centred care can be realised in hospitals.

Keywords

Dementia, hospital, living environment, system, person centred care, medicine.

1 Einleitung: Die Bedeutung eines Krankenhausaufenthaltes für Menschen mit Demenz

Das Fehlen vertrauter Bezugspersonen, eine veränderte und unübersichtliche Umgebung, ungewohnte Tagesstrukturen und eine laute, vielfach hektische Atmosphäre im Krankenhaus bringen Menschen mit Demenz meist an ihre Grenzen. Für Demenzerkrankte stellen die starren ökonomischen, vorwiegend an den Krankenhausroutinen ausgerichteten Abläufe, sowie das unzureichend geschulte und unter ständigem Zeitdruck agierende Personal, ein geradezu *demenzförderndes Milieu* dar.[2] Allein der Ablauf der Krankenhausaufnahme kann bereits zu akuten Verwirrtheitsphasen führen, so dass das Kuratorium Deutsche Altershilfe sogar von „Traumatisierungen" spricht.[3] Der Krankenhausaufenthalt entwickelt sich für Menschen mit Demenz mitunter zu einer Krisensituation und begünstigt damit eine gravierende Reduktion der Selbständigkeit.

Konzepte zur Verbesserung der Kommunikation und zum adäquaten Umgang mit demenzbedingten Verhaltensweisen, die im Heimbereich immer mehr Anwendung finden[4], sind dem Krankenhauspersonal bisher noch wenig vertraut.[5] Zudem finden geeignete Betreuungs- und Beschäftigungsangebote, wie in der stationären Altenpflege üblich, in Krankenhäusern kaum Anwendung.[6] Erzwungene Untätigkeit fördert weitere Verluste der alltagspraktischen Fähigkeiten.[7] Dies ist darauf zurück zu führen, dass Menschen mit Demenz in hohem Maße darauf angewiesen sind, die ihnen verbliebenen Alltagskompetenzen regelmäßig zu aktivieren.[8,9,10] Eine dafür notwendige ganzheitliche Pflege ist während des Krankenhausaufenthaltes jedoch meist nicht möglich.[11]

Die Ergebnisse zahlreicher empirischer Studien zeigen, dass es während eines stationären Aufenthaltes Demenzerkrankter vielfach zu einer Verschlechterung des kognitiven Status und zu einem vermehrten Auftreten von klinischen[12] und verhaltensbedingten Komplikationen kommt, wie:

- Delir,[13]
- Sturz,
- Urininkontinenz,
- Bettlägerigkeit,
- Psychomotorischer Unruhe.

Die Folge ist häufig eine längere Verweildauer im Krankenhaus.[14] Zudem trägt der Einsatz von beruhigenden Medikamenten, welche die vermehrt auftretenden problematischen Verhaltensweisen der Patienten minimieren sollen, zu ausgeprägter Passivität, nachhaltiger Verschlechterung und zuvor genannten Komplikationen bei. Damit zeigt sich, dass ein grundlegendes Umdenken in allen patientennahen Berufsgruppen im Krankenhaus gefordert ist.[15]

2 Die Perspektive der Medizin

Demenz steht als ein Oberbegriff für zahlreiche Erkrankungen des Gehirns oder anderer Organe, die mit einer sekundären Verschlechterung der geistigen Leistungsfähigkeit einhergehen. Nach der Klassifikation der ICD-10[16] wird Demenz als ein Bündel aus Leitsymptomen definiert und umfasst dabei folgende Merkmale:

- Abnahme des Gedächtnisses und anderer kognitiver Fähigkeiten (Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Urteilsvermögen),
- kein Hinweis auf vorrübergehenden Verwirrtheitszustand,
- Störung der Affektkontrolle, des Antriebs oder Sozialverhaltens,
- Dauer der genannten Symptome seit mindestens 6 Monaten.[17]

Häufig geht mit einer Demenz eine Beeinträchtigung der Fähigkeiten und Fertigkeiten in den Aktivitäten des täglichen Lebens einher (Waschen, Ankleiden, Essen, persönliche Hygiene, Ausscheidung). Um eine Demenz abschließend diagnostizieren zu können, müssen diese Beeinträchtigungen so schwerwiegend sein, dass sie die Bewältigung des Alltags deutlich beeinträchtigen. Aspekte des emotionalen Erlebens der Demenz werden in der Diagnosestellung nicht berücksichtig und werden maximal als sekundäre Begleitsymptome oder nicht-kognitive Störungen verstanden. Da die Häufigkeit solcher Symptome auf 60-80 Prozent geschätzt wird, zählen sie heute dennoch zu den bedeutsamsten Symptomen einer Demenzerkrankung.[18] Für Patienten und pflegende Angehörige können sie hoch belastend sein und führen damit häufig zu Krankenhauseinweisungen

oder Heimübersiedelungen. Nicht-kognitive Störungen umfassen dabei Wahnvorstellungen, Verkennungen, Halluzinationen, affektive Störungen sowie Verhaltensstörungen und Aggressionen und treten im Verlauf der Krankheit in nahezu 100 Prozent der Fälle auf.[19]

Medizinisch unterschieden werden die zahlreichen Demenzformen in primäre und sekundäre Demenzen. Primäre Demenzen machen dabei den Großteil aller Demenzformen aus, dazu zählen z. B. die Alzheimer Demenz, frontotemporale Demenz, vaskuläre Demenz und Lewy-Body-Demenzen. Sekundäre Demenzen stellen insgesamt nur ca. 10 Prozent aller Demenzarten dar und sind z. B. durch einen Tumor oder eine Stoffwechselerkrankung bedingt. In 60 Prozent aller Fälle sind Patienten mit einer Demenz der Alzheimer-Krankheit betroffen. In der Regel sind dies Personen ab dem 65. Lebensjahr.

Die Häufigkeit eine Demenz zu entwickeln, steigt mit dem Alter an: Sind im Alter von 65 Jahren nur ca. 3 Prozent betroffen, steigt diese altersspezifische Prävalenzrate bei den 90-Jährigen auf ca. 30 Prozent an. Insgesamt sind etwa 1,5 Millionen Menschen in Deutschland von Demenz betroffen, aufgrund der demografischen Entwicklung mit steigender Tendenz. Die Zahl der Neuerkrankungen liegt bei fast 800 Fällen pro Tag und damit ca. 300 000 pro Jahr.[20] So wird erwartet, dass sich die Zahl der Betroffenen bis zum Jahr 2050 auf ca. 3 Millionen verdoppeln wird.[21] Die einschlägigen Zahlen weisen somit auf eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung hin. Trotz jahrzehntelanger Forschung[22] zum Thema Demenz verfügt die Medizin bislang nur über wenig gesichertes Wissen zu Ursachen und Entstehung von Demenz. Daher bleiben auch die Möglichkeiten der Diagnostik und vor allem Therapie begrenzt. Aufgrund dessen ist z. B. die Diagnose der Alzheimer-Demenz lediglich eine Ausschlussdiagnose, die mit umfangreichen Untersuchungen einhergeht. Ob eine frühe Diagnose für Patienten und Angehörige hilfreich ist, wird bereits stark angezweifelt.[23]

Das Paradigma der Medizin stützt sich weitgehend drauf, dass Ursache und Verlauf einer Demenzerkrankung ausschließlich von einer pathologischen Veränderung im Gehirn bestimmt sind. Die Medizin versteht sich zweifellos als Leitwissenschaft in den Fragen zu einer Demenzerkrankung, die sie vorrangig, wenn auch nicht ausschließlich, mit medizinischen-medikamentösen Verfahren zu bewältigen versucht, obwohl bekanntermaßen diese Handlungsmöglichkeiten stark begrenzt sind.[24, 25] Eine ursachenbezogene Behandlung ist in naher Zukunft nicht zu erwarten.[26] Dennoch besteht kein therapeutischer Nihilismus. Die medizinische Therapie besteht im Wesentlichen aus der Behandlung mit Antidementiva[27] und Psychopharmaka.[28] Damit soll versucht werden, neurologische Abbauprozesse des Gehirns zu verlangsamen und unerwünschte Begleitsymptome zu regulieren.

Zugleich erkennen Ärzte immer deutlicher die Bedeutung der Überschneidung von Medizin und Pflege und würdigen somit die Beiträge der Pflege und den Therapieberufen in der Behandlung. Daher wird die Kombination aus Medikamenten, nicht-medikamentösen Therapien und pflegerischen Maßnahmen im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes als sinnvoll erachtet.[29] Gleichwohl ist jedoch ungeklärt, wer in einem interdisziplinären Versorgungsprozess die Verantwortung trägt und wie es gelingen kann, dass alle Professionen *gleichberechtigt*, unter Achtung der Eigenständigkeit, effektiv zusammenarbeiten können.[30]

Das gegenwärtige Vorgehen der Medizin besteht hauptsächlich darin, nach dem Auftreten von ersten kognitiven Einschränkungen eine Reihe diagnostischer Verfahren zur Abklärung kausaler Zusammenhänge anzustreben. Erste Anlaufstelle ist meist zunächst der Hausarzt, anschließend der Psychiater/Neurologe oder eine der in Deutschland bestehenden Gedächtnisambulanzen. Betroffene Patienten durchlaufen hierbei

mehrdimensionale Assessments, in denen detailliert Defizite, Ressourcen und pflegerische und soziale Unterstützungsbedarfe erfasst werden. Im besten Fall erfolgt nahtlos die Vermittlung an beratende Institutionen, die sich mit Fragen zur Hilfebedürftigkeit in der individuellen Lebenssituation, einer geeigneten Wohnform, den wirtschaftlichen Zuständen und finanziellen Hilfemöglichkeiten sowie der möglicherweise eingeschränkten Autonomie und den damit einhergehenden rechtlichen Belangen beschäftigen.[31] Angehörige werden ebenfalls frühzeitig mit eingebunden und an entsprechende Selbsthilfegruppen, Angehörigenschulungen und Beratungseinrichtungen vermittelt.

3 Die Perspektive der Pflege

Das Vorhandensein von körperlichen und kognitiven Defiziten bei Personen mit Demenz führt häufig zu einem speziellen und überdurchschnittlich hohen Pflege- und Betreuungsaufwand.[32] Daher bewerten etwa 90 Prozent der Pflegenden in Krankenhäusern den Umgang mit Patienten mit Demenz als schwierig, zeitintensiv und daher unangenehm.[33]

Im Gegensatz zur vornehmlich defizitorientierten, primär neuro-pathologischen Sicht der Medizin betrachtet die Profession Pflege Demenz anders. Die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz erfolgt auf Grundlage einer ganzheitlichen Wahrnehmung der Person. Dabei legt die professionelle Pflege ihren Fokus primär auf den Erhalt der Selbständigkeit und eine Verbesserung der Lebensqualität und rückt somit psychosoziale Aspekte, wie die Beziehungsarbeit, stärker in den Mittelpunkt. Hingegen geht es vornehmlich nicht um die Verbesserung der Funktion oder die Beseitigung von Symptomen. In der Demenzpflege ergibt sich ein breites Spektrum an Möglichkeiten, auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Menschen mit Demenz einzuwirken. Dabei fußt die Beziehungsarbeit auf einer uneingeschränkt akzeptierenden und empathischen Grundhaltung gegenüber dem demenzerkrankten Menschen, unabhängig von seinen Einschränkungen oder Verhaltensweisen.

Ein Ansatz, der sich ganz deutlich von der eindimensionalen, medizinischen Sichtweise abhebt, demenzielle Veränderungen seien allein durch neurologische Geschehen begründet, ist die Personzentrierte Pflege nach Tom Kitwood.[34] Der Sozialpsychologe versucht mit seinem personzentrierten Ansatz die psychosozialen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz zu verstehen und mittels bedürfnisorientierter Pflege und Betreuung darauf einzugehen. Zum Gelingen trägt die Gefühls- und Beziehungsarbeit erheblich bei.

In seinem ganzheitlichen Demenzmodell, welches die Demenz eher als eine „Behinderung“[35] ansieht, spielt neben dem Einfluss der individuellen Persönlichkeit des Demenzerkrankten, seiner Biografie, seinem allgemeinen Gesundheitsstatus und den neurologischen Einschränkungen vor allem das *sozialpsychologische Milieu* eine tragende Rolle bei dem Verlauf der Demenz. Dabei hat Kitwood zwei sozialpsychologische Kulturen herausgestellt: Die „maligne Sozialpsychologie“[36] ist gekennzeichnet durch eine Reihe von destruktiven Interaktionsformen, die „benigne Sozialpsychologie“[37] hingegen stärkt den Menschen mit Demenz durch positive Verhaltensweisen und Personenarbeit.

Person-sein ist demnach „ein Stand oder Status, der dem einzelnen Menschen im Kontext von Beziehungen und sozialem Sein von anderen verliehen wird“.[38] Dementsprechend wird der Fokus auf die Person und nicht auf die Diagnose und die entsprechenden Symptome gelegt. Damit fußt sein Ansatz auf einem humanistischen Menschenbild, welches die Unterschiede und Andersartigkeiten von Menschen uneingeschränkt akzeptiert.

Diese Sichtweise wird gestärkt durch eine bewusste personzentrierte Sprache: Gesprochen wird demzufolge von Menschen mit Demenz oder dem Patienten mit Demenz und nicht von Dementen, Schreiern oder Läufern.

Ob sich ein Mensch mit Demenz als Person erfahren kann, hängt daher von seinem Umfeld und der Gestaltung der Beziehung zu anderen Menschen ab. So kann das Wohlbefinden und damit das Verhalten sowie der Verlauf der Demenz durch eine förderliche, personzentrierte Beziehungsarbeit der Pflegenden positiv beeinflusst, durch schädigendes Verhalten jedoch auch negativ verstärkt werden. Das personzentrierte Modell schreibt Pflegenden in ihrem Handeln durchaus eine therapeutische Wirksamkeit zu und verleiht deren professioneller Beziehungsarbeit damit uneingeschränkt Respekt und Würdigung. In der Regel gestalten sich für keine andere Berufsgruppe im Gesundheitswesen derartig intensive Kontaktmöglichkeiten zu Menschen mit Demenz, um nachhaltig auf die Sozialpsychologie einwirken zu können.[39] Die personzentrierte Pflege gilt als Goldstandard[40] in der Versorgung von Menschen mit Demenz, unabhängig von der Versorgungsform.[41,42]

Auch im mäeutischen Pflegemodell nach Cora van der Kooij wird die Beziehungsarbeit und Kontaktaufnahme zu dem Menschen mit der Demenzerkrankung in den Mittelpunkt gestellt. Dabei greift es bewährte Pflegekonzepte wie die Validation[43] und die Basale Stimulation[44] auf und ergänzt es in der praktischen Pflegearbeit um die Bedeutung des intuitiven und empathischen Einfühlens in die Bedürfnisse und Erlebenswelt des Demenzerkrankten. Damit versteht die Mäeutik Gefühlsarbeit der Pflegenden als eine personenbezogene Arbeit an den Gefühlen anderer und den eigenen, die durchaus *magische* Kommunikationszugänge zu Menschen mit Demenz eröffnet.[45]

4 Die Erlebenswelt der Betroffenen

Bereits seit einigen Jahren wird das biomedizinische Modell der Demenz mit ihrer Reduktion auf objektive hirnphysiologische Abbauprozesse stark kritisiert und dessen Nutzen für die Person mit Demenz und ihre Angehörigen in Frage gestellt.[46] Sobald eine Person mit einer Demenz-Diagnose behaftet wurde, erhöhen sich damit auch die Risiken in der Gesellschaft nicht mehr als leistungsfähige Person angesehen zu werden und damit soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung zu erfahren.[47]

In unserer Kultur wird der Wert eines Menschen immer noch vornehmlich an seinen kognitiven Fähigkeiten gemessen – Intelligenz, Souveränität und Selbstbestimmtheit sind prioritär. Gehen diese Fähigkeiten verloren, aus welchen Gründen auch immer, droht die Gefahr, auch am Menschsein und Personsein einzubüßen.[48] Damit unterliegen Demenzerkrankte der Gefahr, vom Subjekt zum Objekt deklariert zu werden und damit an Würde, Wertigkeit und Integrität zu verlieren. Diese Haltung wirkt sich auf Betroffene nicht nur beschämend, sondern auch schädigend aus.

Während Demenzerkrankte in den Anfängen ihrer Demenz noch um ihre Fähigkeiten ringen und bestmöglich versuchen, ihre Einschränkungen zu maskieren, schreitet der geistige Abbauprozess und damit auch der Kampf um die eigene Identität merklich fort. Mit Fortschreiten der Erkrankung kommt es zunehmend zu Einschränkungen der alltagsrelevanten Fähigkeiten, mit der Folge, dass es immer weniger gelingt, den Alltag allein zu bewältigen. Auch wenn Ort, Zeit und Situation vermehrt verkannt werden, Menschen mit Demenz verkennen sich jedoch nicht selbst als Person.[49] Sie erklären sich die Situation nur in einer anderen, meist bereits erlebten und für sie vertrauten Erinnerung. Damit schwindet zugleich zunehmend das Verständnis für die *tatsächliche Realität*, so wie sie Außenstehende deuten.

Aufgrund dessen sind Demenzerkrankte meist irritiert, wenn ihre subjektive Wahrheit von anderen Personen angezweifelt oder gar korrigiert wird. Gerade in ungewohnter Umgebung und für sie unerklärlichen Situationen unterliegen sie kontinuierlichen Überforderungssituationen. Da die Bewältigungsstrategien, diesen Überforderungssituationen zu begegnen zunehmend verloren gehen, reagieren Menschen mit Demenz eher verstärkt mit Angst, Unruhe oder Aggressivität.[50]

Eine Klärung der Situation mit logischen Argumenten und der Erwartung nach einer entsprechenden Einsicht ist nicht ratsam. Diese Konfrontation mit der Realität von außen erzeugt häufig starke Verunsicherung, da Menschen mit Demenz sich selbst und ihre innere Welt dennoch als *normal* empfinden.[51] Nicht selten suchen sie daher unermüdlich nach Vertrautem, Sicherheit und Orientierung, um so ihrer erlebten Unordnung und den Anforderungen des Alltags begegnen zu können.

5 Das System Krankenhaus und seine Akteure

Aufgrund der Einführung des DRG-Systems[52] im deutschen Gesundheitswesen haben sich die Krankenhäuser in den letzten Jahren zu wirtschaftlichen Unternehmen auf dem Gesundheitsmarkt entwickelt. Die Prioritäten haben sich damit verändert. Das einst soziale System, „in dem Geld ein Instrument der Ermöglichung, aber nicht der Steuerung“[53] war, gleicht nun mehr einem Wirtschaftsunternehmen.

Das System wirkt dabei vor allem auf die Akteure, die damit zu tun haben, und fordert zugleich verpflichtende Verhaltensweisen ein. Nach den Qualitätszielen des Institute of Medicine (IOM) müssen die Leistungen des Gesundheitswesens für den Leistungsempfänger sicher, personzentriert, zeitnah, effizient und effektiv sowie gerecht sein.[54] Medizinische Qualität erfordert dabei durchgängige Systemlogik, klare Steuerungsprinzipien und zusätzlich Schnelligkeit. Gleichwohl werden diese Kriterien mit *patientenorientierten* Prozessen gleichgesetzt. Medizin und Ökonomie handeln hierbei – entsprechend ihrer Systemdenkweise – defizitorientiert und klassifizieren den Patienten nach ICD-10 Diagnosen und DRG-Codes. Professionelles Handeln in der Pflege ist hingegen grundsätzlich ressourcenorientiert ausgerichtet.

So können Pflegende, die *patientenorientiert* oder vielmehr *personzentriert* handeln wollen, dies dennoch nur auf Basis der bestehenden Klassifikationslogik der im Krankenhaus dominierenden Disziplinen Medizin und Ökonomie. Folglich sind Pflegende immer häufiger gezwungen ihr Handeln vermehrt zweckrational und an ökonomischen Vorgaben auszurichten und bewegen sich damit im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit, Qualitätsansprüchen und Patientenzufriedenheit.

Der Patient wird in seiner Hilfebedürftigkeit dabei zum Empfänger der Leistungen des Gesamtsystems und zugleich „Gefangener von systemischen Fehlern“.[55] Der ganzheitliche Mensch, um den es in der Gesundheitsversorgung eigentlich geht, wird nicht mehr in seinem Facettenreichtum wahrgenommen, sondern klassifiziert und codiert.

> „Das System wird menschlich entleert. Es wird seines Sinns beraubt. Die Systemlogik gebiert die Zwanghaftigkeit, den Patienten zu objektivieren, weil der Hilfe suchende Mensch erst durch die Definition im System zu einem behandlungs- und danach abrechnungsfähigen Fall[56] wird“.[57]

Alle Akteure im Krankenhaus müssen sich unter den derzeitig bestimmenden Rahmenbedingungen im

Gesundheitswesen mit den begrenzten Ressourcen auseinandersetzen. Auch die direkte Kommunikation mit den Patienten ist von einer „abstrakten Systemlogik und einer funktionierenden medizinischen Versorgung“ geprägt.[58] Eine Identifizierung von Handlungsroutinen innerhalb der Professionen im Krankenhaus im Kontext interkultureller Kommunikation zeigte, dass emotionale Involvierung und damit echte Beziehungsgestaltung zum Patienten vermieden wird und das Handeln auf die Sachlogik fokussiert ist.[59] Das Erleben des demenzbetroffenen Patienten wird durch die vorherrschende Sachlogik ausgeklammert. Die Beziehungsfähigkeit der unmittelbaren Umgebung entscheidet jedoch über den Erhalt des Personseins von Menschen mit Demenz und wirkt sich damit ganz entscheidend auf die Demenz selbst aus.[60] Nicht nur der Verlauf, sondern auch das Erleben einer Demenzerkrankung, ist maßgeblich durch die Gestaltung und Interaktion des sozialen Umfelds bestimmt.

In erster Linie betrachten die Handelnden im Krankenhaus die Patienten mit Demenz aber als zu *versorgende* Patienten. Durch die emotionale Distanz, dem Fokus auf die zu verrichtenden, meist körperbezogenen Aufgaben, den impliziten Erwartungen an einen *konformen* Patienten und damit die Erhaltung des Gesamtsystems Krankenhaus kann eine demenzgerechte, einfühlende und wertschätzende Kommunikation und damit Beziehungsgestaltung nicht ermöglicht werden. Solange das akute Krankheitsgeschehen alleine im Mittelpunkt steht und subjektive Bedürfnisse der Patienten eine vielmals nichtige Bedeutung haben, die Pflegekultur weiterhin von einem „kalten, kustodialen Blick“[61] geprägt ist, werden Menschen mit Demenz als prinzipiell *störende* Patienten betrachtet und die Demenzfeindlichkeit im Krankenhaus somit nicht verhindert. Personzentrierte Pflege ist vor diesem Hintergrund zumal nicht realisierbar.[62] Dennoch verfolgen zahlreiche Kliniken die Idee, sich auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz besser einzustellen.

Die angestrebten Konzepte müssen allerdings im Sinne des DRG-Systems finanzierbar bleiben und dürfen die Effizienz des Unternehmens nicht beeinträchtigen.[63] Denn inwiefern zusätzliche Investierungen für eine demenzgerechte Versorgung finanziert werden, bleibt unklar.

6 Resümee: Wieviel Mensch verträgt das System?

Die Berufsgruppe der Pflegenden hat in der Regel am häufigsten Kontakt mit den Patienten im Krankenhaus. Die pflegerische Arbeit erfolgt dabei fortwährend im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Bedürfnissen der Patienten und den organisatorischen Erwartungen und Verpflichtungen.

Menschen mit Demenz benötigen besonders im Krankenhaus mehr Zuwendung als *normale* Patienten. Diese Zuwendung personzentriert und damit für den Menschen förderlich zu gestalten, fordert uneingeschränktes Ausrichten an den individuellen Lebensbedürfnissen ein. Menschen mit Demenz erleben ihre Gefühle und Antriebe als real und geben ihrem Verhalten daher auch immer einen Sinn. Sie verabschieden sich jedoch kommunikativ aus dem Raum der Gründe.[64] Deshalb ist es wichtig, den emotionalen Gehalt der Botschaft zu erkennen, zu bestätigen und in der weiteren Kommunikation wertschätzend aufzugreifen. Dieser respektvolle Umgang und die darin verankerte Grundhaltung teilen jedoch nicht alle Akteure im Krankenhaus.

In Bezug auf die Pflege von Menschen mit Demenz treffen hier in besonderer Weise zwei Welten mit ihren Eigentümlichkeiten, Werten und Loyalitäten aufeinander: Die Arbeitswelt der Pflegenden und die Lebenswelt der Betroffenen. Vor dem Hintergrund der aktuellen sozialen Praxis im Krankenhaus ist dieses der *ungünstigste* Ort für Menschen mit Demenz. Das derzeit vorherrschende Paradigma basiert auf einer funktionalen,

medizinisch-somatisch und defizitorientierten Versorgung. Die in der Institution Krankenhaus geltende Logik mit ihren ökonomischen Zielvorgaben verändert das Originäre der Pflege zunehmend – pflegerischer Arbeit geht der Aspekt der Beziehungsarbeit verstärkend verloren. Denn die pflegerische Versorgung Demenzerkrankter wird vom Gesamtsystem und den bestehenden Rahmenbedingungen bestimmt. Die Aufrechterhaltung der Systemlogik mit ihrer fiktiven Ordnung begünstigt die Fokussierung auf körperbezogene Verrichtungen am Patienten und damit objektiven Behandlungsergebnissen. Das Krankenhaus muss sich daher auf die individuellen Bedürfnisse der Menschen mit Demenz einstellen und seine Versorgungsprozesse anpassen. Es muss dennoch gelingen, dass der vulnerable Mensch mit Demenz in der hoch technologisierten Welt der Medizin weiterhin gesehen und auch verstanden wird.

Katharina Gröning beschreibt die Kommunikation mit Menschen mit Demenz als „offen, fremd, man überschreitet vielmehr beim Kontakt mit Dementen eine Grenze zu einer imaginären Lebenswelt."[65] Diese abweichende Kommunikation, welche einer Interpretation bedarf, begleitet beim Adressat ein Gefühl der Kontrolllosigkeit und Angst. Solche bedrohenden Gefühle stellen sich jedoch häufig nicht klar dar, sondern zeigen sich in abwehrendem Verhalten der Pflegenden, wie beispielweise Distanzierung, Objektivierung oder weiterem destruktivem Verhalten.[66] In der Organisationskultur des Krankenhauses wird der Patient maßgeblich objektiviert, das ist Ziel des Unternehmens. Pflegende sind von den Auswirkungen am stärksten betroffen. Hier könnte es für Pflegende hilfreich sein, sich erneut der Kernidentität des Pflegeberufs bewusst zu werden und sich den pflegerischen Auftrag eigen zu machen. Pflegende müssen sich ihres therapeutischen Potenzials im professionellen Umgang mit Patienten mit Demenz bewusst werden. Bedürfnisorientierte Pflege beinhaltet kontinuierliche Beziehungsgestaltung. Die Vermeidung von echter Beziehungsarbeit verhindert den professionellen Umgang mit der *Andersartigkeit* und dem vermeintlichen *Chaos* der Demenz.

Die Pflege von Menschen mit Demenz im Krankenhaus erfordert daher ein reflexives Handeln, ein stetiges Abwägen und Aushandeln zwischen der Systemlogik der Akteure und der Lebensweltlogik der Betroffenen. Eine wichtige Voraussetzung ist allerdings die Gleichberechtigung der beiden geltenden Logiken.
Die empirisch-objektivistische Denkweise der Medizin darf nicht dominieren.

Ein zentrales Element zur Veränderung einer solchen *Versorgungsphilosophie* liegt in der Verbesserung der Rahmenbedingungen des Personals. Erst verminderter Zeit- und Leistungsdruck schaffen Raum für reflexives, achtsames Handeln. Dabei müssen vor allem herrschende Kommunikationsmuster und ritualisierte Handlungsabläufe im System Gegenstand der Reflexion sein. Zudem sind emotionale Kompetenzen, wie die Fähigkeit zur Empathie erforderlich, welche durch persönliche Eigenschaften wie Mut, Offenheit, Sensibilität und emotionale Reife begünstigt werden.

Um den notwendigen Kulturwechsel im Krankenhaus anzustoßen, werden vor allem personelle und finanzielle Ressourcen benötigt. Darüber könnte es gelingen Menschen mit Demenz im Krankenhaus nicht mehr entsprechend den Systemanforderungen zweckrational und sachbezogen zu *versorgen*, sondern einen Nährboden für hochprofessionelle Beziehungsarbeit zu schaffen. Es erfordert demnach umfassende Maßnahmen in den Bereichen Personal- und Organisationsentwicklung, um ein Krankenhaus sukzessive demenzsensibel auszurichten.

Literaturverzeichnis

Balsamo, S., Willardson, J. M., Frederico, S. de, Prestes, J., Balsamo, D. C., da Dahan, C. N. & Nobrega, O. T. (2013). Effectiveness of exercise on cognitive impairment and Alzheimer’s disease. *International Journal of General Medicine*, 6, 387–391. DOI:http://dx.doi.org/10.2147/IJGM.S35315

Bickel, H. (2001). Demenzen im höheren Lebensalter. Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34(2), 108–114.

Bickel, H. (2014). Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Abgerufen am 03.10.2015 unter https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) (1994). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. 10. Revision (ICD-10). Amtliche deutschsprachige Ausgabe, Band 1 – systematisches Verzeichnis. Bern: Huber.

Dewing J., Dijk S. (2014). What is the current state of care for people with dementia in general hospitals? A literature review. [Online Publikation]. *Dementia*, 1(23). DOI: 10.1177/1471301213520172

Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) (2015). *Person-zentrierte Pflege im Krankenhaus ist nicht realisierbar*. [Newsletter und Forschungsmonitoring 1/2015]. Abgerufen am 14.10.2015, unter http://dzd.blog.uni-wh.de/forschungsnewsletter-012014-jetzt-abrufen/

Dreißig, V. (2005). *Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund*. Bielefeld. Transcript.

Eggermont, L. H., van Heuvelen, M. J., van Keeken, B. L., Scherder, E. J., & Hollander, A. P. (2006). Walking with a rollator and the level of physical intensity in adults 75 years of age or older. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(5), 733–736. DOI: 10.1016/j.apmr.2006.02.008

Fiedler, M. (2014). Rettet die Krankenhäuser! Perspektiven einer am Gemeinwohl orientierten regionalen Gesundheitspolitik. Abgerufen am 09.10.2015 unter http://neuegesundheit2020.de/files/Rettet-die-Krankenhaeuser.pdf

George, J., Long, S., & Vincent, C. (2013). How can we keep patients with dementia safe in our acute hospitals? A review of challenges and solutions. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(9) 355–61. DOI: 10.1177/0141076813476497

Gravitz, L. (2011). Drugs: A tangled web of targets. Nature, 475, 9–11.

Gronemeyer, R. (2013). Demenz: Wir brauchen eine andere Perspektive – Essay. Abgerufen am 09.10.2015 unter http://www.bpb.de/apuz/153133/demenz-wir-brauchen-eine-andere-perspektive?p=all

Gröning, K. (2000). Institutionelle Mindestanforderungen bei der Pflege von Dementen. In: Tackenberg, P., Abt-Zegelin, A. (Hrsg.), *Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung*. Mabuse Verlag

Heuser, I. (2015). *Gemeinsame Pressemitteilung Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. und Hirnliga e.V. Deutschlands Alzheimerforscher zum Welt-Alzheimertag 2015*. Abgerufen am 28.09.2015 unter http://www.hirnliga.de/docs/Presse/PM_WAlz_2015.pdf

Hirsch, R.D. (2008). Im Spannungsfeld zwischen Medizin, Pflege und Politik: Menschen mit Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2, 106–116. DOI: 10.1007/s00391-008-0535-x

Institute of Medicine (IOM): Committee on Quality of Health Care in America (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington D.C.: National Academy Press.

Jalbert, J.J., Daiello, L.A., & Lapane, K.L. (2008). Dementia of the Alzheimer type. *Epidemiologic Reviews*, 30,15–34. DOI: 10.1093/epirev/mxn008

Kirchen-Peters, S. (2013). *Akutmedizin in der Demenzkrise: Chancen und Barrieren für das demenzsensible Krankenhaus*. Broschüre zur Studie „Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern“, Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (ISO).

Kitwood, T. (2000). *Demenz. Der personzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Hans Huber.

Kleina, T., & Wingenfeld, D. K. (2007). *Verbesserung der Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus: Aufnahmesituation und Informationslage*. Auszug aus dem Bericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts. Projektmaterialien 3, Düsseldorf: Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH (GSP).

Klostermann, J. (2004). Pflege von Menschen mit Demenz im Krankenhaus: Zuwendung braucht Kompetenz und Zeit. *Zeitschrift Pflege*, 12(4), 841.

Kuratorium Deutsche Altershilfe, KDA (2007). Menschen mit Demenz im Krankenhaus. *Pro Alter*, 1.

Müller-Hergl, C. (2000). Demenz zwischen Angst und Wohlbefinden: Positive Personenarbeit und das Verfahren des Dementia Care Mapping. In: P. Tackenberg, A. Abt-Zegelin (Hrsg.), *Demenz und Pflege* (248–262). Frankfurt am Main: Mabuse.

Newerla, A. (2015). „Und plötzlich ist alles anders…“. Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. *Conditio humana*, 2, 50–62.

Pedone, C., Ercolani, S., Catani, M., Maggio, D., Ruggiero, C., Quartesan, R., Senin, U., Mecocci, P., Cherubini, A., & Group, G. S. (2005). Elderly patients with cognitive impairment have a high risk for functional decline during hospitalization: The GIFA Study. *Journal of Gerontology Series A*: *Biological Sciences and Medical Sciences*, 60, 76-80. DOI: 10.1093/gerona/60.12.1576

Pinkert, C., & Holle, B. (2013). Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Literaturübersicht zu Prävalenz und Einweisungsgründen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45, 728–734.
DOI: 10.1007/s00391-012-0319-1

Plooij, B., Scherder, E.J.A., & Eggermont, L.H.P. (2012). Physical inactivity in aging and dementia: a review of its relationship to pain. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 300. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03856.x

Schütz, D.F, & Füsgen, I. (2013). Die Versorgung kognitiv eingeschränkter Patienten im Krankenhaus. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie,* 3, 203–207.

Smith, J. (2001). Communication and dementia. *Nursing Older People*, 12(5), 14
DOI: 10.7748/nop2001.02.12.10.14.c2150

Stoppe, G., & Staedt, J.(1999). Psychopharmakotherapie von Verhaltensstörungen bei Demenzkranken. *Zeitschrift Gerontologie und Geriatrie*, 32, 153–158.

van der Kooij, C. (1997). Erlebnisorientierte Pflege von Altersverwirrten: Holländisches Institut entwickelt neues „mäeutisches“ Pflegekonzept. *Pro Alter*, 30(3), 29–32.

Sturma, D. (2015). *Interdisziplinäres Symposium - Technische Assistenzsysteme für Patienten mit Demenz im Krankenhaus unter dem Leitbild Entstigmatisierung und Selbstbestimmtheit*. Vortrag: Wie werde ich dem „störenden Patienten“ gerecht? Ethische Perspektiven. Robert Bosch Stiftung GmbH, Berlin.

Vollmar, H.C., Mand, P., & Butzlaff, M. (2008). Demenz: DEGAM-Leitlinie Nr. 12. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Abgerufen am 05.11.2015 unter http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/LL-12_Langfassung_TJ_03_korr_01.pdf

Welling, K. (2004). *Der personzentrierte Ansatz von Tom Kitwood*: *Nachdruck aus Unterricht Pflege*, 9(5). Brake: Prodos.

Wetzstein, V. (2005). Alzheimer-Demenz: Perspektiven einer integrativen Demenz-Ethik. In: M. Christen, C. Osman, R. Baumann-Hölzle (Hrsg.) (2010). *Herausforderung Demenz: Spannungsfelder und Dilemmata in der Betreuung demenzkranker Menschen*. Pieterlen: Lang.
Wilhelm, H.-J. (1998). Gefangene ihrer Wahrheit: Wahrheit, Wirklichkeit und Normalität in der stationären Altenpflege. Altern – Bildung – Gesellschaft, Bd. 2. Oberhausen: Athena.
Wißmann, P., Gronemeyer, R., & Klie, T. (2008). *Demenz und Zivilgesellschaft – Eine Streitschrift*. Frankfurt am Main: Mabuse.

1 Kirchen-Peters, S. (2013)
2 ebd.
3 KDA (2007)
4 s. Endnote 43, 44
5 Pinkert, C. und Holle, B. (2012)
6 Smith, J. (2001)
7 Pedone, C. et al. (2005)
8 Balsamo, S. et al. (2013)
9 Plooij, B. et al. (2012)
10 Eggermont, L.H. et al. (2006)
11 Pinkert, C. und Holle, B. (2013)
12 Komplikationen, die sich auf die Entstehung einer Krankheit oder den Verlauf einer Krankheit beziehen.
13 Das Delir bezeichnet einen akuten Verwirrtheitszustand, der vor allem im höheren Lebensalter unter bestimmten Bedingungen droht. Es ist charakterisiert durch gleichzeitig bestehende Störungen des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, des Denkens, des Gedächtnisses, der Psychomotorik, der Emotionalität und des Schlaf-Wach-Rhythmus. Psychosoziale Belastungen können ein Delir begünstigen, daher auch die Krankenhauseinweisung, insbesondere wenn dabei noch eine Operation mit Narkose notwendig wird.
14 Kleina, T. (2007)
15 Schütz, D. et al. (2013)
16 ICD-10 ist die Abkürzung für die 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten.
17 DIMDI (1994)
18 Jalbert, JJ. et al. (2008)
19 Stoppe, G. et al. (1999)
20 Bickel, H. (2001)
21 ebd.
22 Im Jahr 1906 beschreibt der deutsche Hirnforscher Alois Alzheimer erstmals die seltsame Erkrankung, die er bei einer Patientin beobachtet hat. Dieses Krankheitsbild wird später als „Alzheimer'sche Krankheit“ bezeichnet. In Deutschland wird durch die grundlagenorientierten Forschungsinstitute vor allem zur Ursachenforschung geforscht. Mit herausragenden internationalen Forschungsbemühungen und auch -erfolgen: Zahlreiche molekularbiologische Befunde vertiefen das Verständnis von Demenzursachen. Die Entwicklung neuer Medikamente wird jedoch noch Jahre in Anspruch nehmen. Nichts steht vor einem unmittelbaren Durchbruch.
23 Gronemeyer, R. (2013)
24 Gravitz, L. (2001)
25 Wißmann, P. und Gronemeyer, R. (2008)
26 Heuser, I. (2015)
27 Als Antidementiva werden Medikamente bezeichnet, die am häufigsten zur Behandlung von leicht bis schwer ausgeprägten Alzheimer-typischen Symptomen verwendet werden. Sie werden verordnet, um die Gedächtnisleistung sowie alltagspraktische Fähigkeiten und Fertigkeiten zu verbessern.
28 In der Behandlung von herausforderndem Verhalten (z. B. Depression, Aggression, Unruhe) sind Antidementiva nicht oder kaum wirksam. Daher kommen hier häufig Medikamente zum Einsatz, die auf die Psyche des Menschen symptomatisch einwirken. Zur Gruppe der Psychopharmaka gehören zahlreiche verschiedene Präparate. Sie werden nicht nur von Psychiatern und Nervenärzten, sondern von Ärzten aller Fachrichtungen eingesetzt.
29 Vollmar, H.C. et al. (2008)
30 Hirsch, R.D. (2008)
31 ebd.
32 Klostermann, J. (2004)
33 Dewing, J. und Dijk, S. (2014)
34 Kitwood, T. (2000)
35 ebd.
36 ebd.
37 ebd.

38 ebd.
39 Welling, K. (2004)
40 Als Goldstandard wird in der Medizin das zum gegebenen Zeitpunkt als allgemeingültige und maßgebende Verfahren bezeichnet, z. B. Therapie einer bestimmten Erkrankung.
41 Dewing, J. und Dijk, S. (2014)
42 George, J. et al. (2013)
43 Das Konzept der Validation beschreibt eine Grundhaltung und eine Umgangs- und Kommunikationsform mit Menschen mit Demenz. Es wurde in den 1960er Jahren von Naomi Feil (entwickelt und in den 1990er Jahren von Nicole Richard überarbeitet. Richards Methode nennt sich „Integrative Validation“.
44 Basale Stimulation ist ein in den 1970er Jahren von Andreas Fröhlich entwickeltes pflege-therapeutisches Konzept, welches auf ganzheitlich, körperbezogene Kommunikation mit schwer beeinträchtigten Menschen abzielt und deren Wahrnehmungs-, Kommunikations-, und Bewegungsfähigkeiten fördert.
45 van der Kooij, C. (1997)
46 Wetzstein, V. (2005)
47 Wißmann, P. und Gronemeyer, R. (2008)
48 Müller-Hergl, C. (2000)
49 Wilhelm, H.-J. (1998)
50 ebd.
51 ebd.
52 Die Abkürzung DRG steht für Diagnosis Related Group (diagnosebezogene Fallgruppen) und bezeichnet ein Klassifikationssystem (DRG-Entgeltsystem) für ein diagnosebezogenes, pauschaliertes Abrechnungsverfahren im Krankenhaus. Seit 2004 rechnen deutsche Krankenhäuser verpflichtend ihre Leistungen über diese DRGs ab.
53 Fiedler, M. (2014)
54 IOM (2001)
55 Sturm, D. (2015)
56 Ein Fall bezeichnet im DRG-System einen Patienten, der anhand seiner medizinischen und demographischen Daten für Zwecke der Abrechnung in Fallgruppen klassifiziert wird.
57 Fiedler, M. (2014)
58 Dreißig, V. (2005)
59 ebd.
60 Müller-Hergl, C. (2000)
61 DZD (2015)
62 Dewing, J. und Dijk, S. (2014)
63 Newerla, A. (2015)
64 Sturma, D. (2015)
65 Gröning, K. (2004)
66 Welling, K. (2004)

Zur Autorin

M.A. und Dipl. Pflegepädagogin (FH) Eva Quack ist Leitung der Servicestelle Demenz in der Stabsstelle Pflegeentwicklung der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Sie ist Pflegefachliche Leitung der Weiterqualifizierung für Pflegefachkräfte zum Pflegeexperten für kognitive Einschränkungen und Demenz und Dozentin im Fort- und Weiterbildungsinstitut der Universitätsmedizin Mainz. 2009–2012 war sie Wissenschaftliche Mitarbeiterin in einem demenzspezifischen Pflegeforschungsprojekt im Bereich Pflege und Gesundheit der Katholischen Hochschule Mainz.
Kontakt: eva.quack@me.com